

Sở Y tế:

Số lưu trữ:

Bệnh viện:

BỆNH ÁN TRUYỀN NHIỄM

Mã YT/...../...../.....

Khoa:Giường.....

I. HÀNH CHÍNH:

1. Họ và tên (In hoa):	2. Sinh ngày: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Tuổi <input type="text"/> <input type="text"/>
3. Giới: 1. Nam <input type="checkbox"/> 2. Nữ <input type="checkbox"/>	4. Nghề nghiệp:	<input type="text"/> <input type="text"/>
5. Dân tộc:	6. Ngoại kiều:	<input type="text"/> <input type="text"/>
7. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố..... Xã, phường.....		<input type="text"/> <input type="text"/>
Huyện (Q, Tx) Tỉnh, thành phố		<input type="text"/> <input type="text"/>
8. Nơi làm việc:	9. Đối tượng: 1.BHYT <input type="checkbox"/> 2.Thu phí <input type="checkbox"/> 3.Miễn <input type="checkbox"/> 4.Khác <input type="checkbox"/>	
10. BHYT giá trị đến ngàytháng..... năm Số thẻ BHYT <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
11. Họ tên, địa chỉ người nhà khi cần báo tin:		
	Điện thoại số.....	

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

12. Vào viện: giờ.....ph ngày...../...../.....	14.Nơi giới thiệu: 1.Cơ quan y tế <input type="checkbox"/> 2.Tự đến <input type="checkbox"/> 3.Khác <input type="checkbox"/>
13. Trực tiếp vào: 1.Cấp cứu <input type="checkbox"/> 2.KKB <input type="checkbox"/> 3.Khoa điều trị <input type="checkbox"/>	- Vào viện do bệnh này lần thứ <input type="text"/>
15. Vào khoa <input type="text"/> Khoa <input type="text"/> ng / th / năm Số ngày ĐTr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	17. Chuyển viện: 1.Tuyển trên <input type="checkbox"/> 2.Tuyển dưới <input type="checkbox"/> 3.CK <input type="checkbox"/>
16. Chuyển <input type="text"/> Khoa <input type="text"/> Giờ.....phút...../...../.....	- Chuyển đến
<input type="text"/> Giờ.....phút...../...../.....	18. Ra viện: giờ ngày/...../.....
	1. Ra viện <input type="checkbox"/> 2. Xin về <input type="checkbox"/> 3. Bỏ về <input type="checkbox"/> 4.Đưa về <input type="checkbox"/>
	19. Tổng số ngày điều trị.....

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

MÃ

20. Nơi chuyển đến:	23. Ra viện:
21. KKB, Cấp cứu:	+ Bệnh chính:
22. Khi vào khoa điều trị.....
+ Thủ thuật: <input type="checkbox"/> + Phẫu thuật: <input type="checkbox"/>	+ Bệnh kèm theo
	+ Tai biến: <input type="checkbox"/> + Biến chứng: <input type="checkbox"/>

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

24. Kết quả điều trị <input type="checkbox"/>	26. Tình hình tử vong: giờ.....ph ngày..... tháng năm
1. Khởi <input type="checkbox"/> 4. Nặng hơn <input type="checkbox"/>	1. Do bệnh <input type="checkbox"/> 2.Do tai biến điều trị <input type="checkbox"/> 3. Khác <input type="checkbox"/>
2. Đờ, giảm <input type="checkbox"/> 5. Tử vong <input type="checkbox"/>	1. Trong 24 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 2.Sau 24 giờ vào viện <input type="checkbox"/>
3. Không thay đổi <input type="checkbox"/>	27. Nguyên nhân chính tử vong:
25. Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết):
1. Lành tính <input type="checkbox"/> 2.Nghi ngờ <input type="checkbox"/> 3.Ác tỹ <input type="checkbox"/>	28. Khám nghiệm tử thi: <input type="checkbox"/> 29. Chẩn đoán giải phẫu tử thi:

Ngày tháng năm

Giám đốc bệnh viện**Trưởng khoa**

Họ và tên

Họ và tên

A- BỆNH ÁN

I. Lý do vào viện:..... Vào ngày thứ của bệnh

II. Hỏi bệnh:

1. Quá trình bệnh lý: (khởi phát, diễn biến, chẩn đoán, điều trị của tuyến dưới v.v...).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Tiền sử bệnh:

+ Bản thân: (phát triển thể lực từ nhỏ đến lớn, những bệnh đã mắc, phương pháp ĐTr, tiêm phòng, ăn uống, sinh hoạt v.v..)

.....

.....

Đặc điểm liên quan bệnh:

TT	Ký hiệu	Thời gian (tính theo tháng)	TT	Ký hiệu	Thời gian (tính theo tháng)
01	- Dị ứng <input type="checkbox"/>	(dị nguyên)	04	- Thuốc lá <input type="checkbox"/>	
02	- Ma túy <input type="checkbox"/>		05	- Thuốc lào <input type="checkbox"/>	
03	- Rượu bia <input type="checkbox"/>		06	- Khác <input type="checkbox"/>	

+ Gia đình: (Những người trong gia đình: bệnh đã mắc, đời sống, tinh thần, vật chất v.v...).

.....

.....

3. Dịch tễ:

- Bệnh cấp tính đang lưu hành ở:

.....

.....

- Đã sống ở nơi nào trước hoặc trong khi bị bệnh:

..... Thời gian:.....

- Môi sinh (bệnh của người và gia súc đang lưu hành tại địa phương).

.....

.....

III-Khám bệnh:

1. Toàn thân: (ý thức, da niêm mạc, hệ thống hạch, tuyến giáp, vị trí, kích thước, số lượng, di động v.v...)

.....	Mạch	lần/ph
.....	Nhiệt độ.....	°C
.....	Huyết áp	mmHg
.....	Nhịp thở.....	lần/ph
.....	Cân nặng	kg

2. Các cơ quan:

+ Tuần hoàn:

.....

.....

+ Hô hấp:.....
.....
.....
.....
+ Tiêu hoá:
.....
.....
.....
+ Thận- Tiết niệu- Sinh dục:
.....
.....
.....
+ Thần Kinh:
.....
.....
+ Cơ- Xương- Khớp:.....
.....
+ Tai- Mũi- Họng, Răng-Hàm-Mặt, Mắt, Nội tiết, Dinh dưỡng và các bệnh lý khác:
.....
.....

3. Các xét nghiệm cận lâm sàng cần làm:
.....
.....

4. Tóm tắt bệnh án:
.....
.....
.....
.....

IV. Chẩn đoán khi vào khoa điều trị:

+ Bệnh chính:
+ Bệnh kèm theo (nếu có):
+ Phân biệt:

V. Tiên lượng:
.....

VI. Hướng điều trị:
.....
.....

Ngày.....tháng..... năm.....

Bác sỹ làm bệnh án

Họ và tên.....

B. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

1. Quá trình bệnh lý và diễn biến lâm sàng:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Tóm tắt kết quả xét nghiệm cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Phương pháp điều trị:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Tình trạng người bệnh ra viện:.....

.....

.....

.....

5. Hướng điều trị và các chế độ tiếp theo:.....

.....

.....

.....

.....

Hồ sơ, phim, ảnh		Người giao hồ sơ:	Ngày.....tháng.....năm..... Bác sỹ điều trị
Loại	Số tờ		
- X - quang		Họ tên.....	
- CT Scanner			
- Siêu âm			
- Xét nghiệm			
- Khác.....			
- Toàn bộ hồ sơ		Họ tên.....	Họ tên